

Praca
recenzowana

Ocena wpływu fizjoterapii domowej na rehabilitację pacjentów neurologicznych po udarze mózgu

mgr Urszula CzerwonogrodzkaSamodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie
AWF w Białej Podlaskiej

dar mózgu stanowi jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności wśród dorosłych, wpływa nie tylko na funkcje ruchowe, ale także na emocjonalne i psychospołeczne aspekty życia

pacjentów. W związku z tym odpowiednia rehabilitacja staje się niezbędnym narzędziem w procesie przywracania pacjentów do codziennego funkcjonowania (1).

Badania przeprowadzono w Centrum Medycznym i Rehabilitacji Kriosonik w Siedlcach, gdzie analizowano efekty rehabilitacji w oparciu o dwie uznawane skale: Rankina (1, 3) oraz Barthel (1), które oceniają poziom sprawności ruchowej oraz niezależności pacjentów. Uzupełnieniem oceny była ankieta przeprowadzona przez fizjoterapeutów, która dostarczyła informacji dotyczących subiektywnej oceny zmian w jakości życia pacjentów. Przeprowadzone analizy mają na celu podkreślenie znaczenia kontynuacji rehabilitacji po hospitalizacji oraz wpływu fizjoterapii domowej na poprawę sprawności ruchowej osób dotkniętych udarem mózgu. Wyniki mogą przyczynić się do lepszego zrozumienia skuteczności różnych form rehabilitacji oraz wskazać kierunki dalszych działań w zakresie wsparcia osób po udarze. W dostępnej literaturze nie odnaleziono publikacji dotyczących wpływu fizjoterapii domowej na rehabilitację pacjentów po udarze mózgu prowadzonej

w warunkach domowych. Z tego względu przedstawione wyniki mogą stanowić uzupełnienie wiedzy dotyczącej tej formy rehabilitacji.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie wyników badań dotyczących oceny wpływu fizjoterapii domowej na postęp usprawniania oraz jakość życia pacjentów neurologicznych po przebytych udarze mózgu, a także porównanie efektów rehabilitacji domowej pomiędzy pacjentami zamieszkującymi tereny miejskie i wiejskie.

Metody badawcze i charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono w okresie od stycznia 2009 r. do stycznia 2010 r. W badanej grupie znalazło się 40 pacjentów (20 kobiet i 20 mężczyzn) w wieku od 40 do 60 lat, którzy przeszli udar mózgu i zostali zakwalifikowani do rehabilitacji domowej w pierwszym etapie, zgodnie z wytycznymi NFZ (tj. od momentu wystąpienia ostrego incydentu do 12 miesięcy po udarze) – aktualne przepisy przytoczono w celu odniesienia do obecnie obowiązujących standardów rehabilitacji. Badania miały miejsce

Title: Effects of home-based physiotherapy on the rehabilitation of neurological patients after stroke

Streszczenie: Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań oceniających skuteczność fizjoterapii domowej w procesie rehabilitacji pacjentów neurologicznych po udarze mózgu. Badania przeprowadzono w jednej z przychodni rehabilitacyjnych, analizując efekty rehabilitacji za pomocą skali Rankina i Barthel oraz ankiety. Wyniki wskazują na znaczną poprawę sprawności ruchowej pacjentów, co podkreśla potrzebę kontynuacji rehabilitacji po hospitalizacji.

Słowa kluczowe: fizjoterapia, rehabilitacja, udar mózgu, rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja domowa, usprawnianie

Abstract: The aim of the article is to present research on the impact of home physiotherapy on the rehabilitation of neurological patients following a stroke. The studies were conducted in one of the rehabilitation clinics, analyzing the effects of rehabilitation using the Rankin and Barthel scales, as well as surveys. The results indicate improvement in patients' mobility highlighting the need for continued rehabilitation after hospitalization.

Keywords: physiotherapy, rehabilitation, stroke, neurological rehabilitation, home rehabilitation, functional improvement

w Centrum Medycznym i Rehabilitacji Kriosonik w Siedlcach. W dokumentacji badawczej nie analizowano przebiegu rehabilitacji szpitalnej. Z uwagi na obowiązujące standardy postępowania można przypuszczać, że pacjenci uczestniczyli we wczesnej rehabilitacji szpitalnej, jednak nie było to przedmiotem niniejszego badania. Badanie miało charakter obserwacyjny, dlatego uzyskanie zgody Komisji Bioetycznej nie było wymagane.

Rehabilitacja

Rehabilitacja odbywała się w warunkach domowych, co najmniej trzy razy w tygodniu przez minimum dwa tygodnie. Każdy pacjent odbył od 2 do 3 turnusów rehabilitacyjnych, co w sumie dawało 80 dni zabiegowych według NFZ (2). W terapii uczestniczyło kilku fizjoterapeutów, przy czym każdemu pacjentowi przypisano jednego fizjoterapeutę na cały okres leczenia. Program rehabilitacji obejmował ćwiczenia bierne, czynno-bierne i wspomagane, a także elementy metod neurofizjologicznych stosowanych w rehabilitacji neurologicznej, takich jak NDT-Bobath oraz PNF. Dobór ćwiczeń był indywidualizowany i dostosowywany do stanu funkcjonalnego pacjenta.

Metody oceny

Postępy rehabilitacji oceniono za pomocą trzech narzędzi:

- **skali Rankina:** ocena niepełnosprawności pacjentów w skali od 0 (brak objawów) do 5 (ciężka niepełnosprawność wymagająca stałej opieki) (1, 3);

- **skali Barthel:** mierzy zdolność pacjentów do samodzielnego wykonywania czynności życia codziennego. Punkty przyznawano na podstawie automatyzmu w zakresie jedzenia, korzystania z toalety, kąpieli itp. (1);
- **ankiety:** przeprowadzono również ankietę autorską, której celem było zbieranie informacji o subiektywnych odczuciach pacjentów oraz ich postrzeganiu efektywności rehabilitacji. Ankieta zawierała pytania:
- Czy odczuwasz poprawę w swoich codziennych czynnościach? (Tak/Nie);
- Czy sądzisz, że rokowania na dalszą rehabilitację są pozytywne? (Tak/Nie);
- Czy uważasz, że powinieneś kontynuować rehabilitację domową? (Tak/Nie).

Powyższe metody badawcze zostały przeprowadzone na początku rehabilitacji i po jej zakończeniu.

Wyniki

Wyniki badań wskazują na różnice między grupami miejskimi a wiejskimi. Natomiast najważniejszym wynikiem badania było wykazanie poprawy stanu funkcjonalnego pacjentów po zastosowaniu rehabilitacji domowej.

Grupa miejska

• Wykres 1 – skala Barthel (teren miejski)

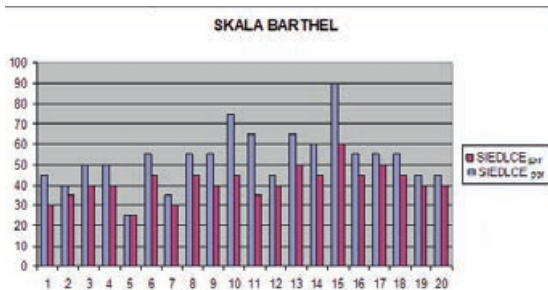
Wykres przedstawia wyniki uzyskane przez 20 pacjentów zamieszkujących teren miasta Siedlce ocenianych za pomocą skali Barthel przed rozpoczęciem rehabilitacji domowej oraz po jej zakończeniu. Skala Barthel służy do oceny samodzielności pacjenta w wykonywaniu czynności życia codziennego i obejmuje zakres od 0 do 100 punktów, gdzie wyższa liczba punktów oznacza większą samodzielność. U większości pacjentów po zakończeniu rehabilitacji zaobserwowano wzrost liczby punktów świadczący o poprawie funkcjonowania w życiu codziennym.

• Wykres 2 – wyniki ankiety (teren miejski)

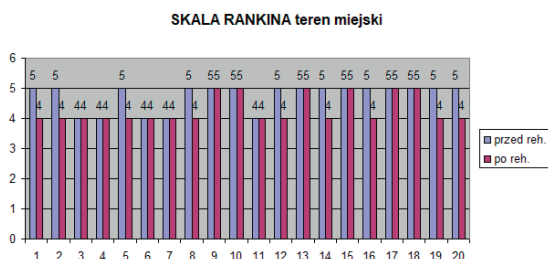
Wykres przedstawia odpowiedzi 20 pacjentów zamieszkujących teren miasta dotyczące efektów rehabilitacji domowej. Oceniano trzy zmienne: uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego, rokowanie dalszej poprawy oraz konieczność kontynuacji rehabilitacji domowej. Odpowiedzi udzielano w skali dychotomicznej „TAK/NIE”. W większości przypadków uzyskano odpowiedzi twierdzące, co wskazuje na pozytywną ocenę efektów terapii.

• Wykres 3 – skala Rankina (teren miejski)

Wykres przedstawia wyniki 20 pacjentów z miasta ocenianych według zmodyfikowanej skali Rankina przed rozpoczęciem rehabilitacji domowej i po jej zakończeniu. Skala Rankina służy do oceny stopnia niepełnosprawności po udarze mózgu i obej-

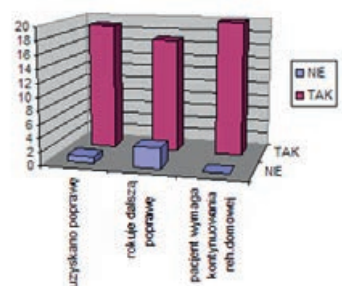


Wykres 1.



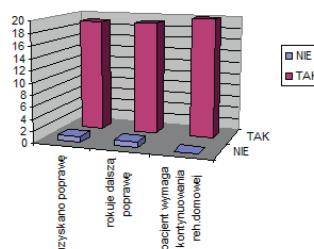
Wykres 3.

WYNIKI Z ANKIETY TEREN WIEJSKI



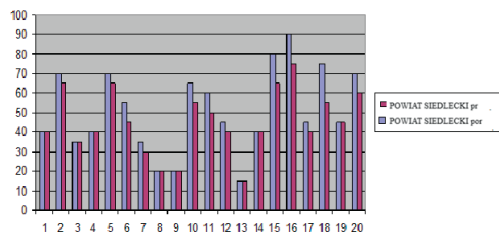
Wykres 5.

WYNIKI Z ANKIETY TEREN MIASTA



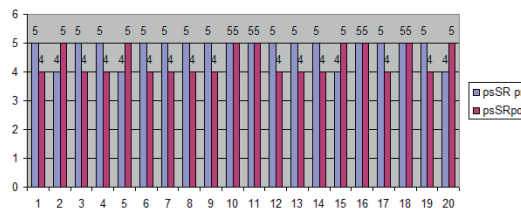
Wykres 2.

SKALA BARTHEL



Wykres 4.

SKALA RANKINA teren wiejski



Wykres 6.

muje wartości od 0 do 5 punktów, gdzie wyższy wynik oznacza większy stopień niesprawności. U 11 pacjentów (55%) stwierdzono poprawę poprzez obniżenie wyniku z 5 do 4 punktów, natomiast u pozostałych pacjentów poziom niepełnosprawności pozostał bez zmian.

Grupa wiejska

• Wykres 4 – skala Barthel (teren wiejski)

Wykres przedstawia wyniki uzyskane przez 20 pacjentów zamieszkujących powiat siedlecki przed rozpoczęciem rehabilitacji domowej oraz po jej zakończeniu. Oceny dokonano przy użyciu skali Barthel, która mierzy stopień samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego. U 12 pacjentów (60%) odnotowano poprawę funkcjonalną, natomiast u 8 pacjentów (40%) nie odnotowano zmian.

• Wykres 5 – wyniki ankiety (teren wiejski)

Wykres przedstawia odpowiedzi pacjentów dotyczące efektów rehabilitacji domowej u pacjentów zamieszkujących teren wiejski. Analizowano trzy aspekty: uzyskanie poprawy, możliwość dalszej poprawy oraz konieczność kontynuowania rehabilitacji domowej. Odpowiedzi udzielano w formie „TAK/NIE”. W większości przypadków odnoto-

wano odpowiedzi pozytywne, jednak liczba odpowiedzi dotyczących dalszego rokowania była niższa niż w grupie miejskiej.

• Wykres 6 – skala Rankina (teren wiejski)

Wykres przedstawia wyniki oceny 20 pacjentów z terenów wiejskich według zmodyfikowanej skali Rankina przed rozpoczęciem rehabilitacji domowej i po jej zakończeniu. U 12 pacjentów (60%) odnotowano poprawę wyrażoną zmniejszeniem stopnia niepełnosprawności z 5 do 4 punktów. U 4 pacjentów (20%) wynik nie uległ zmianie, natomiast u 4 pacjentów (20%) zaobserwowano pogorszenie stanu funkcjonalnego, co przejawiało się wzrostem wyniku w skali Rankina.

Dostęp do rehabilitacji: zaobserwowane różnice pomiędzy grupami miejskimi i wiejskimi mogą być związane z wieloma czynnikami, w tym potencjalnie z dostępnością świadczeń rehabilitacyjnych. Jednak niniejsze badanie nie obejmowało bezpośredniej oceny dostępności rehabilitacji, dlatego nie można jednoznacznie wskazać tej zależności.

Omówienie wyników

W badaniu zaobserwowano lepsze wyniki funkcjonalne w grupie miejskiej niż wiejskiej. Ze względu

na brak analizy statystycznej wyniki te mają charakter obserwacyjny i nie pozwalają na potwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego. Badanie miało charakter opisowy. Nie przeprowadzono analizy statystycznej umożliwiającej ocenę istotności różnic pomiędzy grupami.

Dodatkowo pozytywna odpowiedź na pytania dotyczące samodzielności i odczuwanego wsparcia w rehabilitacji w grupie miejskiej podkreśla znaczenie odpowiedniej terapii i indywidualizowanego podejścia do pacjenta.

W badanej grupie pacjenci z terenów wiejskich uzyskali słabsze wyniki rehabilitacji. Przyczyny tych różnic nie były przedmiotem niniejszego badania.

W niniejszym badaniu nie oceniano motywacji pacjentów. Czynniki psychospołeczne mogą wpływać na efekty rehabilitacji, jednak wymagają odrębnych badań.

Przypuszczenie dotyczące mniejszej motywacji oraz gorszych rokowań oparto na danych z piśmiennictwa dotyczącego pacjentów poudarowych, a nie na wynikach własnego badania (5). Doniesienia o problemach takich jak depresja mogą wpłynąć na efektywność rehabilitacji w tej grupie (4). Wpływ depresji poudarowej przywołano na podstawie danych literaturowych. W niniejszym badaniu nie prowadzono oceny stanu psychicznego pacjentów. Pomimo rosnącej liczby publikacji dotyczących rehabilitacji poudarowej nadal istnieją luki badawcze dotyczące organizacji i długoterminowej skuteczności rehabilitacji prowadzonej w warunkach domowych. Uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę do dalszych analiz dotyczących organizacji rehabilitacji domowej oraz jej wpływu na poprawę sprawności funkcjonalnej pacjentów.

Ograniczenia badania

Ograniczeniem niniejszego badania była stosunkowo niewielka grupa badawcza oraz przeprowadzenie analizy w jednym ośrodku rehabilitacyjnym. Dodatkowo badanie nie obejmowało długoterminowej obserwacji pacjentów po zakończeniu rehabilitacji. Narzędzie badawcze zostało opracowane na potrzeby niniejszego badania, jednak nie przeprowadzono jego pełnej walidacji, co stanowi ograniczenie metodologiczne. Dodatkowym ograniczeniem badania był brak randomizacji oraz brak

Podsumowanie

Uzyskane wyniki sugerują, że fizjoterapia domowa może stanowić ważny element rehabilitacji neurologicznej, szczególnie po udarze mózgu. Wskazują też na potrzebę integracji różnych form terapii, które mogłyby poprawić dostępność i efektywność rehabilitacji. Integracja różnych form terapii oznacza połączenie rehabilitacji szpitalnej, ambulatoryjnej i domowej w jeden ciągły proces terapeutyczny. Takie podejście pozwala utrzymać efekty osiągnięte podczas leczenia szpitalnego, ogranicza ryzyko wtórnej niesprawności oraz zwiększa samodzielność pacjentów w środowisku domowym. Istotną rolę odgrywa również współpraca lekarza, fizjoterapeuty, opiekunów i samego pacjenta. Ważne jest również zwiększenie świadomości społecznej na temat skuteczności rehabilitacji domowej oraz jej roli w jakości życia pacjentów.

Uzyskane wyniki wskazują, że rehabilitacja domowa może odgrywać ważną rolę w poprawie funkcjonowania pacjentów po udarze mózgu i stanowić podstawę do dalszych badań prowadzonych na większych grupach chorych.

grupy kontrolnej, co ogranicza możliwość formułowania wniosków o charakterze przyczynowo-skutkowym. Mimo to uzyskane wyniki sugerują, że fizjoterapia domowa może odgrywać ważną rolę w procesie usprawniania pacjentów poudarowych.

Wnioski

- Skuteczność rehabilitacji:** w badanej grupie zaobserwowano poprawę jakości życia i sprawności funkcjonalnej pacjentów po rehabilitacji domowej, zwłaszcza na terenie miejskim.
- Różnice geograficzne:** zaobserwowano różnice w wynikach rehabilitacji pomiędzy pacjentami z terenów miejskich i wiejskich, które wymagają dalszych badań.
- Motywacja i wsparcie:** istnieje potrzeba zwrócenia uwagi na wsparcie psychiczne pacjentów oraz edukację na temat znaczenia kontynuacji rehabilitacji. Czynniki psychospołeczne i organizacyjne mogą wpływać na efekty rehabilitacji i powinny być uwzględnione w przyszłych badaniach.
- Potrzeba dalszych badań:** wyniki wskazują na konieczność dalszych badań nad czynnikami wpływającymi na efekty w rehabilitacji domowej i identyfikacji problemów psychicznych u pacjentów.

Piśmiennictwo

- Kwolek A. Rehabilitacja w udarze mózgu. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego; 2011. 15-17, 105-106, 124-125.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Załącznik nr 2 – Skala Rankina. Dz.U. 2013.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dz.U. 2013 poz. 1522.
- Ryglewicz D. Depresja poudarowa. Polski Przegląd Neurologiczny. 2005;1(1):44-48.
- Czerwonogrodzka U. Pozytywne i negatywne strony rehabilitacji domowej w oparciu o aktualne przepisy prawne na przykładzie udaru mózgu. Rehabilitacja w Praktyce. 2025;(3):73-76.